



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

**Plan de cuidados para la depresión en
víctimas de violencia de género**

**Care plan for depression in victims
of gender violence**

Autor/es

Sandra Suñén Torrijo

Director/es

Concepción Germán Bes

Facultad de Ciencias de la salud, Universidad de Zaragoza

Curso académico 2019-2020

ÍNDICE

1- RESUMEN.....	Pág. 3
2- INTRODUCCIÓN.....	Pág. 5
3- OBJETIVOS.....	Pág. 9
4- METODOLOGÍA.....	Pág. 9
5- DESARROLLO.....	Pág. 10
6- CONCLUSIONES.....	Pág. 16
7- BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 17
8- ANEXOS.....	Pág. 21

RESUMEN

Introducción: La violencia de género constituye un grave problema en la sociedad actual, afectando a un elevado porcentaje de mujeres. Como consecuencia, una gran parte de ellas desarrollan trastornos psicológicos y conductuales, entre los que destaca la depresión. El apoyo social en estas víctimas ayuda a su afrontamiento, mejorando la salud mental y el bienestar de la mujer. Esto lo reflejamos en un caso habitual de nuestro entorno.

Objetivo: Realizar un plan de cuidados para afrontar la depresión en víctimas de violencia de género mediante el apoyo en sus autocuidados y los cuidados del bienestar.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica a partir de una búsqueda en diferentes bases de datos, que relacionara la depresión con las víctimas de violencia de género.

Conclusiones: La falta de apoyo social junto con la atención insuficiente de la violencia psicológica, hace necesario realizar un plan de cuidados basado principalmente en una relación terapéutica de confianza entre la víctima y la enfermera/o.

Palabras clave: "violencia", "mujer", "víctimas", "depresión", "género", "maltrato", "cuidados enfermeros", "diagnósticos enfermeros"

ABSTRACT

Introduction: Gender violence is a serious problem in modern society, affecting a high percentage of women. As a consequence, a large part of them develop psychological and behavioural disorders, among which depression stands out. Social support in these victims helps them to cope, improving their mental health and well-being. This is reflected in a common case of our environment.

Objective: Developing a care plan to deal with depression in victims of gender violence by supporting them in their self-care and wellness care.

Methodology: A literature review was carried out based on a search of different databases, relating depression to victims of gender violence.

Conclusions: The lack of social support together with the insufficient attention to psychological violence, makes it necessary to carry out a care plan based mainly on a therapeutic relationship of trust between the victim and the nurse.

Key words: "violence", "woman", "victims", "depression", "gender", "mistreatment", "nursing care", "nursing diagnosis"

INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual, existen numerosos problemas de salud en la población española, como son enfermedades agudas, crónicas, accidentes o violencia de género. En mi caso, he elegido estudiar la violencia de género, ya que en mi entorno social me he encontrado ciertos casos que me han impactado, me han hecho reflexionar y me han llevado a elegir este tema. Además he escogido estudiar la depresión en estas víctimas, ya que según estudios epidemiológicos, aparece en la mayoría de los casos.

Dentro del maltrato a las mujeres, está el término de violencia doméstica, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como "cualquier comportamiento en una relación íntima que causa daños físicos, psíquicos o sexuales a uno de los componentes de la relación". Según un informe de la OMS, se estima que un 35% de la población mundial femenina ha sido víctima de violencia. En la mayoría de los casos, esta violencia se produce por parte de un hombre que es o ha sido compañero sentimental de la mujer.¹ Puede decirse que la violencia contra las mujeres constituye un grave problema que causa una evidente alarma social, y que compromete la salud física y psicológica de las mujeres y la de sus hijas e hijos.²

La violencia de pareja se define ampliamente como una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, manifestándose como el símbolo más brutal de la desigualdad en nuestra sociedad. Es un tipo de violencia dirigida hacia las mujeres por el simple hecho de serlo, definida como "todo aquel acto de violencia basado en el género, que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada" (ONU, 1994).²

Los actos de violencia de género se han clasificado básicamente en tres tipos: violencia física, psicológica y sexual. La violencia física se entiende como "cualquier conducta que implique la utilización intencional de instrumentos o procedimientos para afectar al organismo de otra persona, de manera que suponga un riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de esta conducta" . Es el tipo de violencia más evidente y más fácil de identificar, siendo al que se da más importancia tanto en el ámbito personal como social.²

La violencia psicológica consiste en “abusos y omisiones por parte del agresor destinadas a degradar, desvalorizar o controlar acciones, comportamientos, creencias y decisiones de la persona que sufre el maltrato”. Los medios utilizados por el maltratador suelen ser intimidación, manipulación, amenazas, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio a la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal de la víctima. Comienza antes de la agresión física, y es la que más consecuencias tiene para la víctima.³

Se entiende por violencia sexual a “cualquier intimidad sexual forzada, ya sea por amenazas, intimidación, coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión” . Aunque en realidad es un tipo de maltrato físico, se considera una manera diferenciada, ya que tiene connotaciones muy particulares. Es poco frecuente que las mujeres que padecen esta violencia la consideren como maltrato sexual, incluso cuando han estado fuertemente agredidas por parte de sus parejas.²

Además, en el trabajo de Marta Santandreu, se recogen otros tipos de violencia menos frecuentes como son: A) La violencia económica, que se entiende como una desigualdad en el acceso a los recursos económicos y a las propiedades compartidas. B) La violencia estructural, que consiste en impedir a las mujeres el acceso a los derechos básicos. C) La violencia espiritual, basada en la destrucción de las creencias culturales o religiosas de las mujeres. D) La violencia política o institucional, uso de un doble código por el cual se legitima alguna forma de violencia mientras se lucha en contra. E) La violencia simbólica, desarrollando roles “propios” de ellas y la violencia social.²

Tanto Marta Santandreu ² como Nuria Palomar y col. ³ destacan algunos factores de riesgo concretos de este tipo de violencia: haber sido víctima de malos tratos en la infancia y haber estado sometido a una severa disciplina parental; falta de vigilancia y supervisión durante la infancia; haber sido testigo de violencia; nivel de instrucción bajo; consumo de drogas y alcohol; el acceso a armas de fuego y la existencia de normas que promuevan la violencia. Estos factores son ampliamente conocidos y se utilizan en los análisis de casos, aunque no por ello permiten evitar el daño o asegurar una mejor atención y tratamiento.

Al revisar las posibles causas de la violencia, hemos visto que existen algunas teorías sobre el llamado “ciclo de la violencia”, siendo la más destacada la desarrollada por Walker (2012), en la que se distinguen tres fases: primero, la acumulación de tensión, el agresor se siente cuestionado por la víctima de manera creciente; segundo, el incidente de maltrato grave, donde se producen las agresiones, y tercero, el arrepentimiento cariñoso o luna de miel, el agresor inicia una serie de conductas cariñosas para demostrar a la víctima sus sentimientos. Esta teoría propone que como consecuencia las mujeres presentan un patrón de síntomas denominado el Síndrome de la mujer maltratada.⁴

Las consecuencias de esta violencia para las mujeres, según la OMS, destaca que, además de las posibles lesiones físicas producidas, las enfermedades de tipo crónico y el riesgo de homicidio, la violencia doméstica se asocia con varias consecuencias psicológicas y conductuales: trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, trastornos psicosomáticos, abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios, trastornos del sueño, fobias, conducta suicida, sentimientos de culpa y baja autoestima. La depresión, junto con el trastorno de estrés postraumático es una de las consecuencias psicológicas que con más frecuencia se han estudiado en mujeres víctimas de violencia de género.⁵

Santandreu ² recoge en su estudio que el episodio depresivo mayor se define por “la presencia simultánea de una serie de síntomas que se dan durante un periodo continuado de dos semanas”. Estos síntomas suelen ser: estado de ánimo deprimido, disminución del placer o interés en cualquier actividad, aumento o disminución de peso/apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos excesivos de culpa, problemas de concentración o ideas recurrentes de muerte o suicidio.

La gravedad de los síntomas de depresión en muestras de mujeres maltratadas ha sido asociada a una mayor frecuencia, severidad, duración y combinación de tipos de maltrato, dependiendo del tiempo transcurrido desde el cese de la violencia, así como de un menor apoyo social recibido por la mujer. Además, han sido ampliamente estudiadas las variables que se dan en una situación de maltrato (entorno, personalidad, infancia...), resultando la personalidad la menos influyente.⁵

En la última década, se ha producido un aumento de investigaciones acerca del rol del apoyo social en la violencia contra las mujeres, descubriendo que favorece su bienestar y su salud mental. Se han propuesto dos perspectivas diferentes. Por un lado, el modelo del efecto principal postula que el apoyo social contribuye a la salud psicológica de las mujeres independientemente del grado o severidad del abuso sufrido. Por otro lado, el modelo del efecto moderador, se basa en la premisa de que el apoyo social es un factor amortiguador para las mujeres que sufren malos tratos; es decir, puede tener un impacto diferencial en el bienestar de las mujeres en función de su nivel de apoyo social percibido.⁶

Se puede describir un perfil de mujer maltratada de manera general pero con prudencia, ya que no siempre cumplirán las características. En la mayoría de las denuncias, las mujeres tienen un nivel socioeconómico medio o bajo, con estudios primarios y con una mala situación laboral que va empeorando conforme avanzan los malos tratos, llegando al desempleo. Se ha demostrado que cuanto menor es la edad de las víctimas, mayor es la tasa que presentan de estrés postraumático, depresión y autoestima más baja.⁷

En este trabajo nos proponemos desarrollar un plan de cuidados de un caso "tipo"; es decir, un caso frecuente en nuestra cultura, que sirva de referencia para: por un lado, brindar los mejores cuidados enfermeros en la atención a las mujeres maltratadas y, por otro lado, para dejar escrito la Clasificación Internacional de Diagnósticos de Enfermería, Intervenciones y Resultados.

OBJETIVOS DEL PLAN DE CUIDADOS

Objetivo general: realizar un plan de cuidados para afrontar la depresión en víctimas de violencia de género mediante el apoyo en sus autocuidados y los cuidados del bienestar.

Objetivos complementarios:

- 1- Lograr una relación de confianza entre la enfermera y la mujer maltratada que asiste a la consulta enfermera.
- 2- Facilitar el aprendizaje de su propio autocuidado.
- 3- Vigilar y conseguir la seguridad personal de la víctima.
- 4- Vigilar y controlar el abuso de sustancias adictivas.
- 5- Mejorar su bienestar y su calidad de vida.
- 6- Registrar los diagnósticos, intervenciones y resultados siguiendo el sistema DIR-NNN.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en busca de textos que relacionaran la violencia de género con la depresión en las víctimas, limitando estos a un periodo comprendido entre 2007 y 2020.

Se ha llevado a cabo investigando en diferentes redes como Google académico y en bases de datos como: Cuiden, Pubmed, Scielo, Science Direct, Alcorze o Zeguan, estos dos últimos de la Universidad de Zaragoza. A continuación, se muestra una tabla con los artículos encontrados en cada una, los artículos revisados y los artículos escogidos:

	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
Alcorze	121	15	3
Zeguan	140	10	2
Scielo	31	5	1
Google académico	500	30	6
Science direct	730	20	2
Pubmed	52	4	0
Cuiden	25	2	1

Las palabras claves utilizadas en la búsqueda han sido, en castellano: violencia, mujer, víctimas, depresión, género, maltrato, cuidados enfermeros, diagnósticos enfermeros. En inglés: violence, victim, gender, depression, nursing care, nursing diagnosis. Los operadores booleanos utilizados han sido AND y OR.

Se han escogido revisiones bibliográficas, estudios de casos, protocolos y planes de cuidado escritos en castellano, inglés y portugués.

DESARROLLO DEL CASO

Para ello voy a seguir los siguientes pasos (tomados de la guía AMASAC, recomendada por mi tutora): 1º Lectura de la historia clínica. 2º Recepción, observación y toma de constantes. 3º Valoración clínica, funcional, emocional, educativa y red de apoyo. 4º Preguntas de hipótesis. 5º DIR-NNN.

PASO 1º (Hª CLÍNICA)

Ana es una mujer de 29 años con antecedentes de salud de dislipemia y apendicitis. Cursó la ESO y un grado medio de administración. Durante 3 años trabajó de manera intermitente en Inditex. No trabaja desde hace 5 años, vive con su madre Rosa de 72 años, quien le ayuda económicamente y algo emocionalmente, aunque dice "estar cansada" de Ana. Viven en Zaragoza, en Avenida Navarra. Son tres hermanos, de los cuales una falleció hace 5 años por sobredosis. David, el hermano mayor, está casado y tiene dos hijas, sus sobrinas, de 18 y 16 años, con las que tiene buena relación. Su padre también falleció, él nunca se preocupó de sus hijos y se divorció de Rosa cuando eran pequeños.

Las amistades de Ana son escasas, mantiene poca relación con dos amigas del instituto y una del trabajo. Aun así, no se sincera con ellas y no entienden la situación que está viviendo. A veces, quedan para salir, tomar algo e incluso han organizado viajes alguna vez.

Ana comenzó una relación con su ex-pareja (Jonathan) hace 10 años, vivían juntos en Cuarte y ambos trabajaban. Al principio, la relación iba bien, pero al cabo de 2 años, él comenzó con amenazas. Empezó con maltrato psicológico, y al tiempo, acabó con violencia física. Ana dejó de trabajar, no salía de casa, perdió el contacto con todas sus amigas y apenas mantenía relación con su familia. En este tiempo hubo dos vecinas que intentaron establecer una relación con ella, le preguntaban si estaba bien,

si su marido le trataba bien... tenían ligeras sospechas de la situación, pero Ana no contaba nada. Las vecinas, no se atrevieron a denunciarlo, ya que no estaban suficientemente seguras y Ana no les daba ninguna información, siempre que se las encontraba intentaba evitarlas.

Comenzó a ir al centro de salud, donde visitaba a su enfermera (Raquel), y le contaba su situación. Tras 1 año de sufrimiento, se quedó embarazada, dándose cuenta de la situación y acudiendo a casa de su madre pidiendo ayuda. Sufrió un aborto y se quedó con su madre, pero aún ahora, su ex-pareja le sigue haciendo visitas no deseadas a casa o frecuenta los mismos sitios públicos que Ana. Esta situación propició que de vez en cuando, abuse del alcohol (hasta día de hoy). Ella dejó sus visitas al centro de salud durante meses. Después volvió, ya que se dio cuenta que ir a las visitas le ayudaba a afrontar la situación y en la mejora de su autoestima.

PASO 2º (RECEPCIÓN Y OBSERVACIÓN)

Ana entra en la consulta de enfermería y nos saludamos. Estoy sustituyendo a Raquel, por tanto, me presento y le digo que me cuente cómo se encuentra desde la última visita. Ana dice que "igual". Parece receptiva. Su aspecto es de poca expresividad, más bien triste, higiénico y correcto.

PASO 3º (RECEPCIÓN, OBSERVACIÓN Y VALORACIÓN)

En este apartado, reflejamos la tercera entrevista con Ana. Las dos primeras se pueden ver en el anexo. (Anexo 1)

☐ *TERCERA ENTREVISTA*

E: Hola Ana, soy Sandra y estoy sustituyendo a Raquel. He visto que ha pasado mucho tiempo (año y medio) ¿ Cómo va todo?

A: Hola Sandra. Bueno... ¿Dónde está Raquel?

E: Está de baja, tardará en venir. Mientras tanto, la estaré sustituyendo. No te preocupes, estoy al tanto de tu situación, Raquel me contó todo antes de irse y puedes seguir desahogándote igual que con ella.

A: No te conozco... pero me resultas agradable.

E: No quiero que te sientas incómoda en ningún momento, entiendo que haya cosas que no me quieras contar, nos acabamos de conocer, pero puedes comenzar por contarme cómo ha ido este tiempo, sin agobiarte.

A: (Observo: ojos llorosos, expresión triste, se derrumba) Tuve un aborto...

E: Lo siento mucho. Ha debido de ser duro, ¿Cómo te encuentras? Desahogarse suele venir bien, es como cuando vomitamos ante una mala digestión, al echar lo que nos molesta, nos sentimos aliviados.

A: Me he dado cuenta de lo mucho que me ayudaban estas consultas. Dejé de venir, he estado en casa encerrada, tenía miedo y no estaba bien. Bueno, sigo sin estarlo.

E: ¿Qué sientes Ana?

A: Sigo triste, sin ganas de nada, casi no como, no duermo, no me relaciono con nadie... no sé que hacer. A veces pienso que no merece la pena vivir, sobretodo después del aborto... Pensé que se me pasaría al ir a casa de mi madre, pero no ha sido así. Además, él a veces me sigue... sabe los sitios donde suelo ir.

E: Ana... creo que sería bueno comenzar a retomar la relación con tu familia, necesitas estar con ellos, notar que te apoyan... habla con tu hermano y tus sobrinas... seguro que están deseando saber de ti. Llámales, organiza una comida o simplemente pasar un rato juntos. Respecto a tu ex-pareja, tiene una orden de alejamiento, si lo ves le tienes que denunciar.

A: La verdad es que me haría mucha ilusión, lo pienso a veces... pero nunca lo hago.

E: Pues es el momento Ana, tienes que lanzarte y quitarte el miedo, solo así se supera. También sería bueno que llamaras a tus amigas, ellas no saben tu historia... si se la cuentas te apoyarán, deberías sincerarte, las amistades son algo muy importante en nuestra vida, no hay que dejarlo pasar. Tienes muchos puntos de apoyo Ana, sólo debes retomar relaciones, poco a poco sin agobiarte... comienza por tu familia y continúa con tus amigas.

E: Tienes razón... a veces pienso que sería mejor conocer gente nueva, aunque eso ya es casi imposible.

E: No lo es Ana, hay un grupo de terapia de víctimas de violencia de género. Comparten sus experiencias y sentimientos. Ayuda mucho encontrarse mujeres que han vivido la misma situación que tú. Me gustaría animarte a que algún día vengas.

A: No sé ... me da vergüenza.

E: Es una de las maneras de mejorar tu ánimo... conociendo gente y compartiendo sentimientos. Tienes que hacer un pequeño esfuerzo para superarlo, puedes con esto y con mucho más. De todas formas, comienza por lo sencillo, tu familia y tus amigas. Si te apetece después, organizamos lo del grupo de apoyo, ¿te parece?

A: Sí.. mejor empezar con ellos, necesitamos volver a estar unidos.

E: Te ayudarán a sentirte mejor... retomando la relación con tu familia, tus amigas y yendo al grupo de apoyo... lo superarás. ¿Qué te parece la idea?

A: Me parece bien Sandra. Voy a intentarlo. Gracias por la ayuda.

E: Lo vas a superar, ya verás. Si necesitas cualquier cosa, ya sabes dónde estoy.

A: No te preocupes, volveré pronto para contarte mis progresos... si es que tengo.

E: Seguro que sí. Nos vemos pronto. ¿ Te parece bien 15 días? De todas maneras, si lo necesitas puedes venir cuando desees, antes de los 15 días.

Valoración clínica

Peso: 52 kg; Talla: 160 cm; IMC: 20.31 kg/m² (Normopeso); TA: 100/65 mmHg
FC: 75 latidos/min; FR: 10 respiraciones/min; T^a: 36.5 °C; Saturación O₂: 97%;
ECG: normal, ritmo sinusal

Presenta malestar general, tristeza, fatiga, insomnio, retraimiento social, sentimiento de culpa, cefalea, mareos y anhedonia.

Valoración funcional

Es una persona autónoma. Debe mejorar la dieta. Lo valoraremos en la próxima visita.

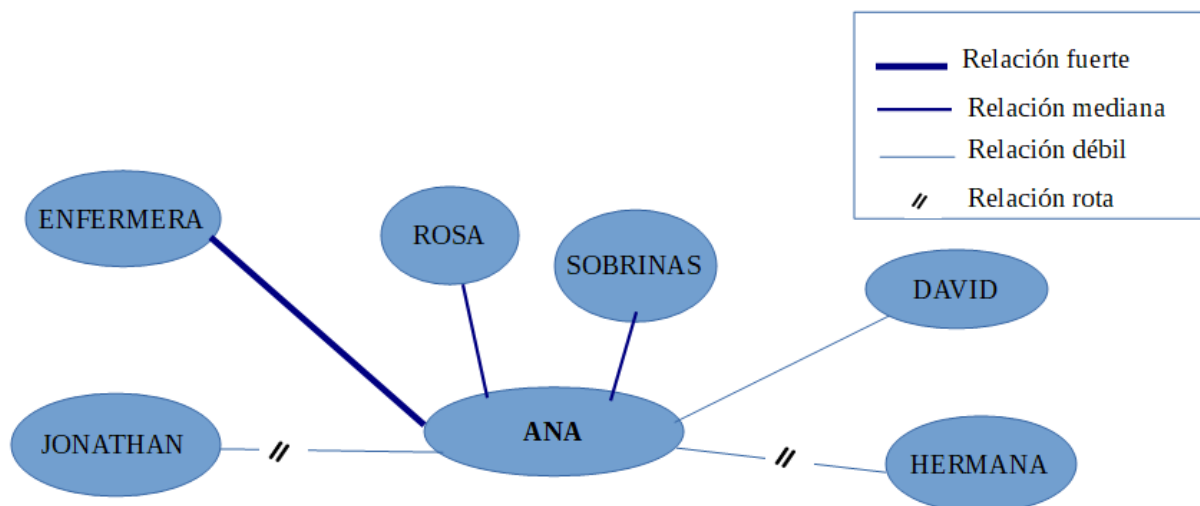
Valoración educativa

Conocimientos deficientes sobre los recursos sanitarios. Le damos un folleto informativo, con la dirección y medidas básicas.

Valoración emocional

Víctima de violencia de género y sintomatología depresiva. En la escala de Goldberg (Anexo 2), marca 7 (sobre 9) indicando depresión media-alta y, en la escala de Duke (Anexo 3) marca 12 (sobre 55) indicando aislamiento social alto.

Fig 1. Ecomapa, describe la red social



PASO 4º (PREGUNTAS BÁSICAS)

La primera pregunta es acerca de si está amenazada su vida, la respuesta es no; y su seguridad de momento tampoco, por tanto, no requiere derivación, pero si vigilancia. Sus principales problemas son la depresión y el aislamiento social.

PASO 5º(DIR-NNN)

Veamos los diagnósticos de enfermería, con sus correspondientes objetivos, intervenciones y actividades hasta la nueva cita en 15 días. Quedarán reflejados en una tabla resumen (Anexo 4).

00120 Baja autoestima situacional r/c cambio de rol social m/p expresiones de desesperanza

Objetivos:

[1205] Autoestima

- INDICADORES: Verbalización de autoaceptación, voluntad para enfrentarse a los demás, descripción de éxito en grupos sociales, sentimientos sobre su propia persona y nivel de confianza.

Intervenciones y actividades:

[5400] Potenciación de la autoestima

- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Animar al paciente a encontrar la autoaceptación.

[5250] Apoyo en la toma de decisiones

- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Ayudar al paciente a identificar ventajas e inconvenientes de cada alternativa.

[6400] Apoyo en la protección contra abusos

- Animar al paciente a contactar con la policía cuando su seguridad física está amenazada.
- Informar al paciente de las leyes y servicios relacionados con el abuso.

00053 Aislamiento social r/c alteraciones del estado de bienestar m/p ausencia de apoyo social

Objetivos:

[1503] Implicación social

- INDICADORES: Interacciona con amigos íntimos, interacciona con miembros de la familia, participa en actividades de ocio, evalúa su red social personal y establece nuevas relaciones.

Intervenciones y actividades:

[5100] Potenciación de la socialización

- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas.

[4310] Terapia de actividad

- Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas.
- Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer más que en sus debilidades.

[5440] Aumentar los sistemas de apoyo

- Observar la situación familiar actual y las redes de apoyo.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.

CONCLUSIONES

Hemos visto que en la sociedad actual se tiende a dar mayor importancia a la violencia física que a la psicológica. Un elevado porcentaje de las consecuencias que sufren las víctimas de violencia de género son lesiones y secuelas emocionales, entre las que predominan trastornos de estrés post-traumático, ansiedad y depresión, y en menor medida pensamientos suicidas y consumo de sustancias.

Se ha evidenciado que la falta de apoyo social propicia los problemas psicológicos y que es un factor determinante en la superación de la violencia de género. Destaca el efecto positivo que tiene en la salud mental de la mujer, reduciendo en la medida de lo posible las consecuencias psicológicas; por ello, hay que fomentar las relaciones sociales y los grupos de apoyo.

Es muy importante mantener una relación terapéutica de confianza entre la mujer maltratada y el enfermero/a, ofreciendo la seguridad suficiente y el apoyo necesario, facilitándole en todo lo posible la búsqueda de apoyo social y familiar. Es necesario contar con materiales de apoyo para el autocuidado y recursos sociales y psicológicos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-** Ayats Plana M, Cirici Amell R, Soldevilla Alberti J. Grupos de terapia para mujeres víctimas de violencia de género. *Psiquiatría biológica* [Internet]. 2008 [consultado 18 Marzo 2020]; 15(2):29-34
Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-grupos-terapia-mujeres-victimas-violencia-13120226>
- 2-** Santandreu Oliver Marta. Psicopatología, emotividad negativa y desadaptación en mujeres víctimas de violencia de género [Internet]. Universitat de les Illes Balears: 2015 [consultado 18 Marzo 2020]. Disponible en:
<http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=79bd670e-8102-4495-ae53-bdd4f88005da%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edsbas.79345C1E&db=edsbas>
- 3-** Palomar Ciria N, Fernández Rodríguez AN, Rodríguez Albarrán MS, Casas JD, Bello HJ. Valoración forense del riesgo psicológico inicial en víctimas de violencia de género. *Cuadernos de medicina forense* [Internet]. 2016 [consultado 18 Marzo 2020]; 22(3-4):64-72. Disponible en:
<http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=4&sid=79bd670e-8102-4495-ae53-bdd4f88005da%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edssci.S1135.76062016000200002&db=edssci>
- 4-** Lara Caba EZ, Aranda Torres Cayetano, Zapata Boluda Rosa, Bretones Callejas Carmen, Alarcón Raquel. Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista argentina de ciencias del comportamiento* [Internet]. 2019 [consultado 18 Marzo 2020]; 11(1):1-8. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7012102>
- 5-** Patró Hernández Rosa, Corbalán Berná Francisco Javier, Limiñana Gras Rosa M.^a Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de psicología*. [Internet]. 2007 [consultado 18 Marzo 2020]; 23 (1): 118-124. Disponible en:
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/23121/22401>

6- Buesa Sara, Calvete Esther. Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. [Internet]. 2013 [consultado 18 Marzo 2020]; 13(1): 31-45. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56025664003>

7- Menéndez Álvarez-Darder Susana, Pérez Padilla Javier, Lorence Lara Bárbara. La violencia de pareja contra la mujer en España: cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosocial Intervention*. [Internet]. 2013 [consultado 18 Marzo 2020]; 22(1):41-13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1132055913700061>

8- Zancan Natalia, Habigzang Luisa Fernanda. Regulação emocional, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com histórico de violência conjugal. *Psico-USF Bragança Paulista* [Internet]. 2018 [consultado 18 Marzo 2020]; 23(2): 253-265. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000200253&lang=es

9- Natera Rey Guillermina, Juárez García Francisco, Medina-Mora Icaza María Elena, Tiburcio Sainz Marcela. La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista mexicana de psicología*. 2007 [consultado 18 Marzo 2020]; 24(2): 165-173. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020637002.pdf>

10- Bardina Torres Marta. La adherencia a un programa de ejercicio físico con mujeres con depresión leve, una propuesta de intervención. [Internet]. Universidad de Zaragoza, Campus de Teruel: 2014. [consultado 18 Marzo 2020]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/30983/files/TAZ-TFG-2014-2567.pdf?version=1>

11- Vásquez Machado Andrés. Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2007 [consultado 18 Marzo 2020]; 70(1-4): 88-95. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372039390004.pdf>

12- Castillo Manzano Rosa María, Arankowsky Sandoval Gloria. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: estudio de casos y controles. Revista biomédica. 2008 [consultado 18 Marzo 2020]; 19: 128-136.
Disponible en: <http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/517>

13- Vilariño Manuel, Amado Bárbara G, Vázquez María J, Arce Ramón. Psychological Harm in Women Victims of Intimate Partner Violence: Epidemiology and Quantification of Injury in Mental Health Markers. Psychosocial Intervention. 2018 [consultado 18 Marzo 2020]; 27(3): 145-152. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/76988?ln=es>

14- Moreno Carrascosa María. Plan de cuidados estandarizado para víctimas de violencia de género [Internet]. Universidad de Valladolid, facultad de enfermería de Soria: 2018 [consultado 18 Marzo 2020]. Disponible en:
<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=7&sid=a5af60ce-36e1-4ed3-a0a8-b494537f796f%40sdc-v-sessmgr03&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edsbas.66552A90&db=edsbas>

15- Calvo González Germán, Camacho Bejarano Rafaela. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enfermería global. 2014 [consultado 18 Marzo 2020]; 33.
Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/enfermeria.pdf>

16- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012 [consultado 18 Marzo 2020].
Disponible en:
https://www.aragon.es/documents/20127/674325/ProtComActSan_2012.pdf/12e86503-9a27-bf78-414f-bf17225a9412

17- García Navarro Claudia, Gordillo León Fernando, Pérez Nieto Miguel Ángel. Análisis de las consecuencias cognitivas y afectivas de la violencia de género en relación con el tipo de maltrato. Ansiedad y estrés. 2020 [consultado 18 Marzo 2020].
Disponible en:
<https://www-sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S1134793720300063>

18- Herramienta online para la consulta y diseño de planes de cuidados de enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado 18 Marzo 2020]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.cuarzo.unizar.es:9443/ayuda/>

19- Herramienta online para la consulta y diseño de planes de cuidados de enfermería. [Internet]. Actualización en enfermería. [citado 18 Marzo 2020]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/>

20- Germán Bes Concha. Guía AMASAC- Diagnóstico, Intervenciones, Resultados. 2020 [citado 18 Marzo 2020]. (Guía no publicada).

ANEXOS

ANEXO 1

☐ PRIMERA ENTREVISTA (7/12/2018)

E: Buenos días Ana, soy Raquel, tu enfermera.

A: Buenos días Raquel.

E: ¿ Cómo estás? (Observo: ojeras, palidez, pequeños hematomas en el cuello que intenta tapar)

A: Bueno... no estoy bien...

E: ¿ Qué te ocurre?

A: No tengo ganas de hacer nada, estoy triste y muy cansada... además no duermo bien.

E: ¿ Hace cuánto que te ocurre esto?

A: Hace meses... desde que vivo con mi pareja... (Observo: tono dubitativo, da a entender que algo no va bien)

E: Ana, lo primero de todo, quiero que sepas que todo lo que hablemos aquí es confidencial. Es la primera vez que me visitas, y apenas nos conocemos, pero estoy aquí para ayudarte en todo lo que necesites.

A: Gracias...

E: Tienes hematomas en el cuello... los he visto cuando te has sentado... ¿ Qué ha ocurrido?

A: Nada, me dí un golpe en el jardín. (Observo: está asustada)

Bueno, será mejor que me vaya, tengo cosas que hacer. Adiós.

E: Espera Ana. Sé que estás asustada y es normal. Te dejo aquí mi número de teléfono por si en algún momento sintieras la necesidad de llamarme. Hoy es lunes... ¿qué te parece venir el miércoles y seguimos hablando...?

A: Bueno, ya veré... creo que sí.

E: Nos vemos. Acuérdate de mi número.

☐ SEGUNDA ENTREVISTA (9/12/2018)

E: ¡ Buenos días Ana, has venido!

A: Sí... aquí estoy. (Observo: cabeza baja, no me mira a la cara)

E: Ana... ¿estás bien?

A: No... (Observo: levanta la cabeza, tiene hematomas y pequeñas heridas en la cara)

E: Ana... ¿ Qué ha pasado?

A: Nada.

E: Estoy aquí para ayudarte Ana, no puedes volver a casa.

A: Me pega desde que nos fuimos a vivir juntos... al principio solo eran insultos o amenazas, pero ahora... es un infierno. Cuando se enteró que vine aquí el lunes me hizo esto. No sabe que he venido, está trabajando, si se entera.... Tengo miedo.

E: No vas a volver Ana. Vamos a llamar a tu madre.... Le tienes que explicar la situación y quedarte allí.

A: Me da miedo... no sé que es capaz de hacer... Además, creó que estoy embarazada.

E: Te haremos la prueba. Con más razón... vamos a llamar a tu madre.

A: Ya está Raquel. Me voy con ella ahora mismo.

E: ¿ Cómo te sientes?

A: Mal... estoy triste, no tengo ganas de nada ni de comer... no sé a quien acudir, solo te conozco a ti.

E: Sé que es una situación muy difícil y que tienes miedo, pero lo superaremos. Lo primero es que ahora vayas a casa de tu madre y estés segura. Luego, le tendrás que denunciar.

A: Vale Raquel, eso haré. Muchas gracias por tu ayuda.

E: No me las des, cuídate.

ANEXO 2

Escala Goldberg

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG

A

26

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.
Escala E.A.D.G. (GOLDBERG y cols., 1998,
versión española GZEMPP, 1993)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: > 3

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

Anexos

311

ANEXO 3

Escala Duke

Apoyo Social Funcional

Estimado cuidador: la presente encuesta tiene como propósito la medición de la percepción del apoyo social en términos de la disponibilidad de amigos y familiares ante situaciones particulares por usted experimentadas en el cuidado de su familiar. **NO DEJE PREGUNTAS SIN RESPONDER.**

Instrucciones: a continuación se presenta una serie de preguntas. Elija para cada una la respuesta que mejor se ajuste a su situación según los siguientes criterios:

1. Mucho menos de los que deseo; 2. Menos de lo que deseo; 3. Ni mucho ni poco; 4. Casi como deseo; 5. Tanto como deseo.

PREGUNTA	1	2	3	4	5
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares.					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.					
4. Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede.					
5. Recibo amor y afecto.					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en cama.					

Cuadro N° 1
VALORES ESCALA DE DUKE-UNC-11

VALORES	MAXIMO	MEDIO	MINIMO
Apoyo total	55	33	11
Apoyo afectivo	25	15	5
Apoyo confidencial	30	18	6
Escaso apoyo social: Menos de 33 Escasos recursos afectivos: Menos de 15 Escaso apoyo confidencial: Menos de 18			

ANEXO 4

Tabla resumen

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	NIC	NOC	INDICADORES	1ª Visita	2ª Visita	3ª Visita
00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL R/C CAMBIO DE ROL SOCIAL M/P EXPRESIONES DE DESESPERANZA	5400 Potenciación de la autoestima	1205 Autoestima	[120501] Verbalización de autoaceptación	2	3	4
	5250 Apoyo en la toma de decisiones		[120515] Voluntad para enfrentarse a los demás	1	2	4
	6400 Apoyo en la protección contra abusos		[120517] Descripción de éxito en grupos sociales	1	2	4
			[120519] Sentimientos sobre su propia persona	2	3	4
			[120511] Nivel de confianza	1	2	4
00053 AISLAMIENTO SOCIAL R/C ALTERACIONES DEL ESTADO DE BIENESTAR M/PAUSENCIA DE APOYO SOCIAL	5100 Potenciación de la socialización	1503 Implicación social	[150301] Interacciona con amigos íntimos	1	3	4
	4310 Terapia de actividad		[150303] Interacciona con miembros de la familia	2	2	3
	5440 Aumentar los sistemas de apoyo		[150311] Participa en actividades de ocio	1	2	3
			[150315] Evalúa su red social personal	1	2	4
			[150317] Establece nuevas relaciones	1	2	4